FACULTE DE MÉDECINE XAVIER BICHAT - PARIS

UNIVERSITE PARIS VII

243

Année 1975 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

JOUHET Dominique, Paul, Jean-Marie

né le 30-8-1946 à PARIS, IIème

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE .....

APPROCHE DE LA PRISE EN COMPTE RECENTE DES FAITS CULTURELS DANS LA PSYCHIATRIE

Président : M. CAMBIER - Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES PARENTS

A LILIANE

A MES ENFANTS

Avec toute mon affection

A Monsieur le Professeur CAMBIER

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de reconnaissance.

A Monsieur le Docteur DAUMEZON

Qui m'a aidé de ses conseils, de son soutien.

Qu'il reçoive ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon indéfectible attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

Docteur RUBENS DUVAL
Docteur HEPP
Docteur LAMBLING

ELEVE HOSPITALIER

Docteur HEPP
Professeur DOMARD
Docteur DAUMEZON

INTERNAT

Docteur SANQUER
Docteur BIGORRE

P L A N

Pages

INTRODUCTION..... 2

I- PRESENTATION DE LA COTE D'IVOIRE..... 4

A- Caractéristiques géographiques 4
B- Population 5
C- Genèse de la Côte d'Ivoire 8
D- Economie 11
E- Unité et acculturation 13

II- LE CENTRE DE SANTE MENTALE DE BOUAKE 14

Bilan d'une année de travail

A- Historique 14
B- Activités du Centre 16
C- Place du malade mental dans la société ivoirienne 29

III- HISTOIRE ET EVOLUTION DES IDEES EN ANTHROPOLOGIE CULTURELLE 43

A- Les premiers Anthropologues : L'EVOLUTIONNISME 43

B- Le DIFFUSIONISME 45

C- Anthropologie psychanalytique 46

1- Point de départ absolu : Freud 46
2- Malinowski 48
3- Anthropologie culturelle américain 49
4- Universalité de la culture et du psychisme humain 52

IV- MALADIES MENTALES ET CULTURE..... 54

A- Le Relativisme Culturel 55
B- Maladie Mentale à spécificité culturelle 57
C- Relation dynamique entre la culture et la maladie mentale 58

CONCLUSION..... 61

BIBLIOGRAPHIE.

.... Ainsi est réalisée de la façon la plus satisfaisante la continuité des soins. Chaque fois que cela est possible, l'hospitalisation ou la réhospitalisation est évitée. L'insertion ou la réinsertion du malade est faite dans les meilleures conditions, grâce à la connaissance que l'équipe médico-sociale a pu acquérir non seulement du malade mais encore du milieu économique et social du secteur et notamment des ressources de logement et des diverses possibilités qu'il offre .....

- Le Ministre de la Santé Publique

CHENOT

- Circulaire du 15 Mars 1960 -

La mise en place du Secteur lance le Médecin d'Asile en plein coeur de ce qui organise sa vie et celle des gens qui lui sont confiés dans le cadre du service public : "La Culture".

De gestionnaire du lieu de vie des individus mis à l'écart par la Société, il devient Thérapeute, coordinateur et conseiller technique sur tout ce qui concerne la santé mentale de 66666,666.. habitants.

Stimulé par la confrontation de ce que nous croyons être "Notre savoir psychiatrique" à une autre culture (séjour d'un an en Côte d'Ivoire dans le cadre de la Coopération technique) et par la rencontre quotidienne des problèmes existenciels du "Malade Mental" qui n'appartiennent pas seulement au domaine de la technique médicale mais aussi à la Morale au sens philosophique et objectif du terme, nous essaierons dans cette Thès. de dégager les rapports qui unissent la maladie mentale à la culture.

Dans un premier temps, après avoir brièvement présenté le pays dans lequel nous avons été amené à travailler, nous livrerons au lecteur le bilan de l'expérience qui nous a mené à la Réflexion d'Aujourd'hui.

Dans un second temps nous étudierons l'évolution des idées en ce qui concerne les liens de l'homme avec sa culture puis nous tenterons de dégager la place de la maladie mentale dans la culture.

I- PRESENTATION DE LA COTE D'IVOIRE

A- Caractéristiques Géographiques

- La République de Côte d'Ivoire (R.C.I.) située en Afrique Occidentale entre 4° 20' et 10° 50' de lattitude nord couvre une superficie de 322 000 km2.

- La Côte du Golfe de Guinée, au bord Atlantique de l'Afrique de l'Ouest forme sa seule frontière naturelle au Sud. Le pays est limité :

. Au Nord, d'Est en Ouest, par la Haute-Volta et le Mali.

. A l'Ouest, du Nord au Sud, par la Guinée et le Libéria.

. A l'Est par le Ghana.

Pays de plaines et de plateaux dominés ça et là de buttes isolées ou groupées en systèmes, la Côte d'Ivoire ne s'individualise pas de l'ensemble de l'Afrique de l'Ouest. Le seul relief original est formé à l'Ouest par l'extrêmité orientale de la Dorsale Guinéenne culminant au Mont Nimba (1750 m) et s'élevant aussi dans la région de Man, station climatique de la Côte d'Ivoire, au Mont Tonkoui (1190 m) et au Mont Momi (1300 m).

La Côte dans sa moitié Est est le domaine des lagunes dans sa moitié Ouest le domaine des falaises rocheuses ou mirocheuses mi sablo-argileuses.

Le Paysage végétal est caractérisé par le passage progressif du Nord au Sud, en continuité avec le paysage des pays voisins, du monde de la Savane couvrant 210 000 Km2, au règne de la forêt dense. Au centre du pays la savane s'enfonce en triangle dans la zone forestière.

Le climat est :

- tropical au Nord avec une saison sèche longue et une saison des pluies ramassée sur l'été boréal ;

- équatorial et sub-équatorial au Sud avec une grande saison sèche hivernale et une petite saison sèche estivale inserrée entre deux saisons des pluies.

Le fait le plus marquant pour l'Européen est la forte humidité atmosphérique qui règne dans la région équatoriale (80 à 90 % d'humidité relative moyenne).

- Les précipitations annuelles sont comprises entre un mètre et deux mètres du Nord au Sud.

- Les températures moyennes varient au Sud de 31° à 21° (Abidjan) et au Nord de 36° à 17° (Odienné).

B- Population

L'Unité Humaine n'est pas plus marquée que l'Individualité géographique. Pays d'environ cinq millions d'habitants (les Eburnéens). La Côte d'Ivoire regroupe dans la Capitale Abidjan 10 % de sa population.

Le contraste est grand entre cette ville à la population cosmopolite vivant au rythme de l'Occident et la "Brousse" méprisée par l'abidjanais.

Exception faite du "phénomène Abidjan" la carte des densités de population reproduit assez fidèlement celle des groupes ethniques. Ceux-ci ont conservé leurs personnalités propres : la nature de leurs champs, l'aspect de leurs villages et de leurs habitations. Les villes ne sont souvent, hormis quelques grands centres comme Bouaké, Korhogo et Man, que des villages agrandis où apparaissent quelques fonctions urbaines.

Les groupes ethniques existent et s'étendent aussi dans les pays voisins.

KORHOGO est le coeur du pays Senoufo qui occupe le Nord de la Côte d'Ivoire. Peuple cultivateur, âpre au travail, les Senoufos ont humanisé le pays grâce à leur polyculture : maïs, riz en culture sèche, arachide, sorgho traditionnellement et plus récemment coton et riziculture inondée dans les bas fonds. C'est là que se situe le grenier de la Côte d'Ivoire.

Profondément Animiste les Senoufos sont entourés d'ethnies pénétrées par l'Islam. A l'Ouest par les Malinkés vers Odienné, Touba et Mankono, à l'Est par les Dioula de Kong et Bondoukou. Ces ethnies sont plus volontiers commerçantes surtout les secondes : Kong et Bondoukou sont traditionnellement les métropoles du commerce à la lisière de la zone forestière. Au Sud les pays Tagouana et Djimini forment les marges du pays Senoufo. Le christianisme a pénétré par tâches ces régions.

Avec les Koulangos et les Lobis du Nord-Est du pays on retrouve des cultivateurs et des animistes. Cette zone de forêt claire peu peuplée est parsemée de champs de mil et d'igname.

La Forêt à l'Ouest du Bandama, fleuve qui traverse la Côte d'Ivoire en son milieu du Nord au Sud, est dans sa partie Nord le domaine des Dans, des Wobés et des Touras qui vivent de la culture extensive du riz, du manioc et de leur petit élevage familial. A l'Est les Gouros introduisent la culture de l'igname. Au Sud les Guérés, les Bétés, les Didas, les Krous pour ne citer que les groupes ethniques les plus importants, tentent de percer la forêt de leurs champs de riz et de manioc, tandis que se développent les plantations de bananiers, de caféiers et l'exploitation du bois.

L'Islam a peu pénétré cette région qui reste animiste avec ça et là des tâches de christianisation. C'est aussi un terrain favorable aux sectes qui prêchent une religion syncrétique, entre animisme et christianisme ou christianisme et Islam.

A l'Est du Bandama, la forêt est, au Sud, le domaine des lagunaires ou Kwa qui regroupent une douzaine d'ethnies. Les Appolos, les Essoumas, les Ebriés, les Alladians, les Adioukrou, les Avikams égrènent au bord de la mer leurs villages. Ils vivent en partie de la pèche mais aussi de la culture du manioc, des cocotiers, des bananes plantains, du fruit des palmiers à huile. Peu à peu se développent des plantations modernes de café, de cacao, de bananes et d'ananas. Il en est de même à l'arrière des lagunes dans les territoires propremont forestiers, des Attiés, des Abés et des Abidjis. Les aires de séchage remplacent les greniers en banco, caractéristiques des villages du Nord.

Le groupe Baoulé occupe le triangle de savane préforestière au centre du pays. Le paysage est peu marqué par la présence de l'homme. La culture de base est l'igname avec accessoirement : maïs, coton et manioc. Le long des axes routiers se développe dans les bas fonds la riziculture inondée.

Au Sud-Est du pays Baoulé s'étend le pays Agni où les cultures arbustives modernes remplacent les cultures vivrières : cacaoyers dans le Nord, caféiers, avocatiers et bananiers dans le Sud.

L'animisme demeure solidement implanté chez les Baoulés, ailleurs le christianisme a touché presque partout deux générations.

Ce "puzzle" ethnique s'est mis en place au cours des siècles sous les pressions successives venues du Nord-Ouest (groupe MAndé) du Nord et du Nord-Est (groupes paléonégritiques et soudaniens). Chaque ethnie a conservé ses structures familiales patriarcales ou matriarcales, ses coutumes, ses croyances, sa langue.

Rassemblés en un état arbitrairement découpé en quadrilatère au bord du bloc Ouest africain par les pays colonisateurs, les ivoiriens tentent de s'organiser en nation moderne.

c- Génèse de la Côte d'Ivoire :

On retrouve des traces de civilisation lithique en Côte d'Ivoire (quartz taillé, outils de pierre polie), mais aucun document ne permet de parler de l'Antiquité.

L'histoire de la Côte d'Ivoire est dominée par la présence de la forêt. Longtemps les influences du monde islamique venues du Nord et les influences du monde européen ont butté sur ce mur.

- La Côte d'Ivoire n'a entretenu que des rapports épisodiques avec le monde islamique entre le IXème et le XIVème Siècle. Elle est longtemps restée en dehors des circuits commerciaux venus du Sahara. Ce n'est qu'au XVème siècle que les Dioulas firent de Bondoukou et de Kong les entrepôts au sortir de la forêt comme Djenné et Tombouctou au bord du désert. Par là transitaient, venus du Nord, les barres de sel saharien, le cuivre, quelques influences culturelles vite arrêtées par la forêt. Du Sud parvenaient de l'or, puis des Kolas ; enfin des savanes voisines, des esclaves.

- C'est aussi au XVème Siècle que les européens apparaissent sur l'autre façade du bloc Ouest africain.

Ce sont les Portugais, qui, à la suite d'Henri le Navigateur, prirent contact avec le littoral en se livrant au commerce de l'or, des épices et des esclaves, installant ça et là des comptoirs.

Au cours du XVIème Siècle, l'Europe se livra au butinage de la Côte : or, épices, esclaves pour les plantations d'Amérique.

Au XVII.ème Siècle les Hollandais mettent en place un trafic systématique d'esclaves. En 1637 la Compagnie de

Saint-Malo débarque cinq missionnaires pour tenter de s'implanter sur ces rivages inhospitaliers. Cette première tentative française fut un échec. Il en fut de même cinquante ans plus tard malgré le traité d'amitié signé après le voyage en France du Prince Héritier du Royaume d'Assinie. Celui-ci, filleul de Louis XIV, baptisé par Bossuet, fut fait capitaine des Mousquetaires.

La France se désintéressera alors durant un siècle et demi de ces rivages qui furent de nouveau livrés aux trafiquants d'esclaves.

En 1842 le Capitaine de vaisseau Bouët-Willaumez, qui croise dans les parages pour réprimer le traité de l'esclavage aboli par la Convention en 1793, est chargé de passer des traités avec les chefs du littoral afin d'assurer des bases à la Marine de Guerre Française. Ainsi le 4 Juillet 1843 le territoire d'Assinie est placé sous la protection de S.M. Louis Philippe Premier.

Ce traité inaugure la phase de pénétration par l'Association moyennant le respect des droits coutumiers et le paiement par la France d'une coutume en nature puis en numéraire. Les factoreries peuvent commercer librement.

Il en fut ainsi des Etablissements Régis Ainé de Marseille qui créèrent la factorerie Régis d'Assinie, et d'Arthur Verdier qui se fixera à Grand-Bassam. Arthur Verdier sera le premier à s'arracher au rivage. La création de la plantation d'Elima en territoire Agni est responsable du passage de l'économie de cueillette pratiquée par les Compagnies et les Autochtones, à l'Economie de mise en valeur et d'investissement.

En 1881 A. Bretignères introduit à Elima les premiers plants de café.

En 1885 la première bille d'Acajou sort des chantiers Verdier.

Parallèlement à ce début de mise en valeur économique, stimulé par la Conférence de Berlin (1885) qui définit les zones d'influence et l'obligation de l'occupation effective, la mise en place d'un pouvoir administratif s'effectue.

Ainsi après la rencontre le 5 Janvier 1889 de Treich-Laplène venu du Sud et de Binger venu du Nord par l'axe Sénégal-Niger, la Colonie de Côte d'Ivoire est créée par décret le 10 Mars 1893. Binger en est le premier gouverneur.

En 1895 la Côte d'Ivoire est groupée avec les territoires du Sénégal, de la Mauritanie, du Soudan, de la Haute Volta, de la Guinée, du Niger et du Dahomey dans le cadre de l'Afrique Occidentale Française dont le gouvernement est situé à Dakar.

Commence alors le temps de la pénétration active, face à la Résistance des populations arbitrairement réunies en un territoire colonisé. Sous la direction du Gouverneur Angoulvant l'occupation armée se substitue à celle des Négociations et des traités. La "Pacification" sera terminée en 1915.

L'histoire de la Côte d'Ivoire devient alors celle de son développement économique puis de son accession à l'Indépendance :

Le Développement économique est marqué par :

- La mise en place des grandes voies de communication routières et ferrées vers le Nord à partir d'Abidjan.

- L'aménagement portuaire du site d'Abidjan : En 1950 la lagune communique avec la mer par le canal de Vridi.

- Le développement des cultures d'exportation :

  . Huile de Palme et Arachide
  . Café à partir de 1881
  . Cacao à partir de 1900

. Bananes dont l'exportation atteignait 10 000 tonnes dès 1938

. Exploitation du bois

. Industrialisation enfin depuis l'Indépendance.

L'accession à l'Indépendance de la Côte d'Ivoire est liée à celle de l'Afrique de l'Ouest toute entière. Elle fut possible grâce au formidable bouleversement du rapport des forces qu'a provoqué la seconde guerre mondiale. Elle s'est faite sous l'impulsion de son Président actuel Félix Houphouët Boigny soutenu par le rassemblement démocratique africain (R.D.A.) fondé en 1946. Sa politique visait la constitution d'une Union Française multinationale sans dépendance. Il tentera d'imposer cette idée en participant en tant que député de 1956 à 1957 à l'élaboration de la loi cadre donnant le pouvoir exécutif aux assemblées territoriales. Le 4 Décembre 1958, conformément à l'esprit de la loi, la République de Côte d'Ivoire est proclamée. Le 26 Mars 1959 la loi constitutionnelle instaure un parlement unique. F. Houphoët-Boigny en devient le premier ministre, le gouverneur n'est plus que le représentant du Président de la Communauté. L'éclatement de l'Afrique provoqué par des recherches individuelles signera l'échec de cette politique et conduira après la tentative du Conseil de l'Entente à la proclamation de l'Indépendance le 7 août 1960.
Le 27 Novembre Félix Houphouët-Boigny sera le premier Président de la Côte d'Ivoire.

D- Economie :

Le développement économique s'est fait dans un cadre libéral capitaliste. La Côte d'Ivoire avec son PNB par habitant de 200 dollars est le plus riche des Etats d'Afrique de l'Ouest francophones. Il a été rendu possible grâce aux cultures d'exportation et à l'exploitation du bois.

La Côte d'Ivoire est le deuxième producteur mondial (après le Brésil) de café : 190 000 tonnes en 1970 représentant 33 % des exportations du pays.

Le troisième producteur mondial de cacao après le Ghana et le Nigéria : 140 000 tonnes en 1970 représentant 24 % des exportations du pays.

le premier producteur de bois en grume d'Afrique (Acajou, Iroko, Azolé) représentant 20 % des exportations.

Ananas (870 000 tonnes) exportés frais ou en conserve, bananes (135 000 tonnes) et coton fournissent avec le Manganèse et le Diamant pratiquement le reste des exportations.

Plus récemment se développent les cultures industrielles du palmier à huile et des hévéas.

L'industrialisation s'est faite autour du port d'Abidjan qui a permis l'ouverture de la Côte d'Ivoire sur le Monde.

A côté des industries traditionnelles du bois et de l'alimentation on trouve une raffinerie de pétrole, deux cimenteries, une unité de montage de véhicules automobiles, une usine d'engrais et plusieurs complexes textiles et chimiques.

L'énergie est fournie par des centrales thermiques et des centrales hydro-électriques d'Ayame et de Kossou. Plusieurs problèmes se posent à l'économie ivoirienne :

1°) 95 % de la population vit de l'agriculture dont la main d'oeuvre est à 84 % étrangère (voltaïques et maliens). L'ivoirien est plus volontiers fonctionnaire que cultivateur.

2°) Les ressources reposent sur des produits peu nombreux dont les cours mondiaux sont peu stables.

3°) La part des cultures vivrières (bananes plantains, igname, taro, manioc, riz) est trop faible. Le déficit alimentaire est alarmant malgré le développement de la pisciculture.

4°) Le planteur reste ancré dans une économie de cueillette : il cueille beaucoup plus qu'il ne sème et n'élève, il appauvrit rapidement les sols.

5°) La zone forestière produit 97 % des richesses nationales au profit de 20 % de la population avec le risque de tension que cela crée.

E- Unité et Acculturation :

Faire de la Côte d'Ivoire une nation "moderne" est une gageure. L'unité administrative est formée par les six départements et les 104 sous-préfectures, et les tentatives de brassage de la population : scolarisation secondaire des élèves et affectation des fonctionnaires en dehors de leur région d'origine.

Cette politique qui ne tient pas compte du découpage ethnique alliée au bouleversement économique font s'affronter les héritages culturels aux nécessités nouvelles.

Le passage d'une économie autarcique à une économie de profit individuel se fait au détriment d'une société fortement structurée où l'individu se trouvait fondu dans le groupe avec un rôle bien défini de par son appartenance à une classe d'âge et sa position dans la lignée familiale.

Ce bouleversement rapide ne se fait pas sans heurts et sans tensions tant individuels qu'entre les groupes.

II- LE CENTRE DE SANTE MENTALE DE BOUAKE :
BILAN D'UNE ANNEE DE TRAVAIL

A- Historique

L'opinion qu'il n'existe pas de maladie mentale dans certaines sociétés est assez communément exprimée en Europe. La Société africaine est certes une culture à "Orientation thérapeutique". Elle favorise en effet l'insertion de l'Individu dans son groupe et libère par une communication ininterrompue, chantée, dansée et jouée, les émotions et les tensions qui chez nous sont refoulées. C'est dans cette mesure que la maladie mentale était rare en Afrique. A l'heure actuelle, le problème de la Santé mentale est devenu préoccupant pour un grand nombre d'Etats africains, comme en témoigne la XXIIIème Session du Bureau Régional pour l'Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé, consacrée, en 1973, à la "Place de la santé mentale dans le développement des services de santé".

En Côte d'Ivoire, comme dans la plupart des pays d'Afrique Noire francophone, les premières mesures prises ont conduit, dès 1952, à la création à Abidjan d'un quartier psychiatrique dans le cadre de l'hôpital de Treinville.

Les malades mentaux, jugés dangereux, abandonnés ou rejetés par leur famille, y étaient enfermés sans aucun soin psychiatrique, sous la simple surveillance d'un gardien et d'un cuisinier.

Progressivement de 1953 à 1960, des postes d'infirmiers puis de médecins furent créés.

En 1960, devant l'augmentation de la fréquence de la maladie mentale, s'est ouvert le Centre Psychiatrique de Bingerville. Conçu sur un modèle asilaire, sur des plans de 1937 il reçoit tous les malades de la Côte d'Ivoire.

Sa capacité d'accueil étant devenue rapidement insuffisante, il a paru nécessaire de créer au centre du pays des structures de prise en charge du malade mental (mission d'un expert OMS - Professeur Amiel en 1963).

Celles-ci ont commencé à s'organiser à Bouaké dès 1965, sous l'impulsion d'un infirmier psychiâtrique, armé essentiellement de sa bonne volonté.

En 1969 étaient simultanément mis en place :

- un service de protection de la santé mentale et de psychiâtrie sociale, chargé d'étudier un modèle d'assistance psychiâtrique adaptée, dans le cadre de la Direction de la Médecine Sociale ;

- une section de psychopathologie et d'hygiène mentale, à l'Institut National de Santé Publique, à vocation d'enseignement et de recherche.

Le Centre de santé mentale de Bouaké a été créé en 1968, ouvert en 1969. Service de l'hôpital général, il est ensuite devenu autonome en mai 1970.

Il répond à une double mission :

- hospitalisation pour bilan et traitement intensif de la phase aiguë de la maladie mentale ;
- prévention, dépistage, épidémiologie et surveillance des malades en post-cure, multipliant les consultations à titre externe.

Hospitalisations, consultations et soins externes se font dans un même lieu, situé au sein de la ville.

Le service fonctionne comme un service mixte, ouvert, accueillant le malade, souvent entouré de la famille ; certains bénéficient du régime de l'hôpital de jour ou de nuit.

La capacité d'accueil du Centre est de 60 lits.

Le nombre moyen d'hospitalisés est de l'ordre de 50.

Le corps soignant comprend :

- un médecin directeur, médecin du service de Santé des Armées, servant au titre de la Coopération Technique ;

- un médecin assistant, V.S.N. effectuant son service actif au titre de la Coopération ;

- un infirmier major, ivoirien, diplômé des hôpitaux psychiâtriques après un stage de 2 ans en France, à l'hôpital de Bonneval et connaissant parfaitement les coutumes des différentes ethnies ;

- trois infirmières européennes dont une s'occupant de l'E.E.G. ;

- sept aides soignants ivoiriens, formés sur place et représentant cinq ethnies ;

- un assistant social ivoirien.

B- Activités du Centre

Depuis sa création en 1968, le nombre de malades, hospitalisés et consultants, ne cesse d'augmenter comme le montre le tableau suivant :

	Hospitalisation	Consultation
1970	313	843
1972	506	2312
1973	509	3101
1er semestre 1974	277	2020

1- Consultations externes

Elles ont lieu trois fois par semaine, matin et après-midi, confinant le médecin dans son bureau. Elles assurent la post-cure des malades et leur prise en charge externe.

L'un des obstacles majeurs à la surveillance régulière des malades est représenté par les difficultés et le prix de revient élevé des moyens de communication, certains malades devant parcourir 300 km pour une consultation de 10 à 15 minutes et la distribution des médicaments.

Le second obstacle est dû à l'abandon ou à la non surveillance de la famille qui, nous le verrons plus tard, a de plus en plus tendance à exclure le malade du groupe social.

Enfin, bien souvent ce dernier se considère comme guéri à sa sortie de l'hôpital, les traitements prolongés étant mal tolérés.

Mais une partie des difficultés dont nous venons de parler semblent faciles à éliminer par la création, dans un premier temps, de consultations itinérantes, puis par la multiplication de centres dans les différentes villes de la Côte d'Ivoire, ce qui aurait l'avantage de permettre une prise en charge adaptée au contexte culturel de chaque région.

a- Motifs de la consultation

Le tableau qui suit concerne 246 malades, soit 122 post-cure et 142 ambulatoires, suivis par nous au cours du premier semestre 1974. Leur surveillance représente 902 consultations.

	Hommes	Femmes
- Syndromes confusionnels infectieux ou parasitaires (paludisme, trypanosomiase)	5	7
- Etats d'agitation non étiquetés	9	13
- Bouffées délirantes	31	24
- Psychoses maniaco-dépressives	7	11
- Syndromes dépressifs	10	10
- Psychoses chroniques	10	4
- Névroses	5	15
- Syndrome des élèves (Céphalées Brain Fage)	34	6
- Toxicomanies	14	0
- Neurologie	5	2
- Epilepsie	30	9
- Divers	4	0
	163	101

Nous avons volontairement choisi le terme de "psychose chronique", vague, devant la difficulté de faire entrer ces malades dans un cadre nosologique occidental précis.

Plusieurs points méritent d'être soulignés :

- l'évolution et la surveillance en post-cure des malades hospitalisés pour "état aigu" représente la part la plus importante de nos consultants :
  - 52 hommes sur 163 suivis, soit 32 %
  - 55 femmes sur 101 suivies, soit 54 %

- la fréquence de la toxicomanie au chanvre indien et aux amphétamines, de plus en plus répandue, touchant surtout les hommes jeunes, pose de nombreux problèmes;

- l'épilepsie tient une place particulière en raison de son retentissement social. Maladie considérée comme contagieuse par l'intermédiaire de la salive, elle implique l'exclusion de l'intéressé de la vie du groupe social : l'enfant prend ses repas

seul, avec un matériel domestique individuel. Il n'est jamais touché pendant les crises. Il ne sera pas scolarisé.

Devenu adulte il ne participera que rarement aux travaux des champs : les activités du groupe lui sont interdites, ou bien, il s'en retire : le malade n'est plus entendu par le groupe ; sa parole est, d'entrée de jeu, non reçue, non crédible dans la palabre ou lors d'une prise de décision. Le mariage coutumier est exclu, entraînant une plus ou moins grande défiance par rapport au groupe social, pouvant aller jusqu'à l'isolement, la mise à l'écart dans un logement particulier, l'imposition de contraintes sexuelles et une nourriture spéciale.

Si la maladie touche un adulte, elle entraîne les mêmes conséquences, avec un remodèlement de l'environnement familial ; la femme est renvoyée chez ses parents, l'homme est abandonné par la femme.

Ces remarques soulignent assez la nécessité d'un dépistage précoce et d'une information approfondie des familles, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants.

Enfin il est intéressant de se pencher sur ce que nous avons appelé le "syndrome de l'élève". Il représente 15 % des consultants et demande des entretiens fréquents et prolongés.

Les élèves sont en général adressés par le Centre médico-scolaire ou viennent d'eux mêmes, après avoir épuisé les thérapeutiques antipaludiques et antiparasitaires.

Il s'agit souvent d'élèves brillants, en classe d'examen, essentiellement 3ème, 1ère et terminale.

Leur symptomatologie est toujours très imagée :
- céphalées, paresse intellectuelle, bêtes rongeant le cerveau ou l'abdomen, "tiraillement des nerfs", troubles de la mémoire et du sommeil, dysesthésies diffuses. Tous ces troubles les empêchent de suivre une scolarité harmonieuse.

Les tentatives de prise en charge psychothérapique se heurtent à un refus de sortir du cadre somatique, les malades exigeant au contraire des explorations radiologiques, biologiques voire électriques.

Dans de très rares cas (6 cas personnels) ce stade somatique a pu être dépassé, découvrant alors une interprétation culturelle de l'origine des troubles ainsi que le montre l'observation suivante.

OBSERVATION N°1 - M. ASS..., 19 ans
Agni.
Célibataire.
Elève en 2nde technique.

Première consultation externe le 8-4-74 pour insomnie, nervosité, difficultés à apprendre, céphalées ; ces troubles ayant débuté à la rentrée scolaire chez un bon élève.

Il vit à Bouaké chez son oncle ; séparé de sa famille restée au village ; son père est planteur, sa mère ménagère.

Il a deux frères scolarisés.

Il souhaitait poursuivre des études d'ingénieur mais se trouve orienté contre son gré vers la comptabilité.

Suivi régulièrement en externe, ses troubles se sont rapidement amendés sous tranquillisants à faible dose.

Brutalement, alors qu'il se trouvait en vacances dans son village est apparue une crise d'angoisse avec fugue, retour à Bouaké et consultation au Centre le jour même.

L'explication fournie par le malade révèle que la nuit précédente il a entendu du bruit autour de sa case, a vu des lumières : "les gens du village venaient le tuer".

Il nous apprend aussi que depuis longtemps on tentait de le prendre en sorcellerie par jalousie pour ses succès scolaires.

Il rattache tous ses troubles à la malveillance des villageois.

Les moyens thérapeutiques fournis par le Centre lui auraient permis jusque là de résister à ces tentatives.

Ce récit nous a été fait sans angoisse, chez un malade parfaitement calme, cohérent, sans troubles psychiques majeurs.

Cette observation appelle une remarque :

- ce jeune élève nous semble bien proche de la bouffée délirante, mais nous pensons que le déplacement somatique de l'angoisse, dans son cas, est le premier moyen de défense contre l'éclosion d'un épisode psychotique aigu.

Il s'agit là d'un phénomène récent, touchant les couches sociales les plus acculturées. L'individu, ayant perdu la protection du groupe, doit lutter seul contre son angoisse.

- L'analyse du contexte socio-affectif de l'élève nous permet d'entrevoir l'origine de ses troubles.

Il vit éloigné de sa famille, chez un tuteur vis à vis duquel il a des devoirs. L'alimentation est souvent précaire, les conditions d'étude hors du lycée sont défavorables (absence d'électricité en particulier). Il se heurte au choc de deux cultures.

L'élève porte une lourde responsabilité vis à vis de sa famille pour l'avenir (prise en charge des parents âgés, mais aussi de chacun des membres, oncles, cousins, neveux, etc...)

Il se trouve confronté à l'éventualité de l'abandon des études pour des raisons financières ou de l'échec à l'examen, lourde de conséquences : retour au village avec les difficultés de réinsertion sociale qui peuvent alors se poser ; l'élève ayant vécu en ville n'est plus apte physiquement et psychologiquement à reprendre le travail de la terre, le seul possible au village.

Enfin, même le succès à l'examen ne résoud pas les problèmes car, bien souvent, la réussite scolaire ne donne pas droit à un emploi en rapport avec la qualification atteinte

ou les aspirations du sujet (népotisme, encombrement des emplois, orientation forcée).

L'évolution des symptômes peut se faire de 3 façons différentes :

- soit vers une nette amélioration sous traitement tranquillisant et psychothérapie de soutien ;
- soit vers une chronicisation des troubles justifiant alors aux yeux de la famille l'échec scolaire et l'abandon des études ;
- soit enfin vers l'apparition de troubles psychotiques.

b- Organisation de la consultation

L'approche psychiâtrique comporte :

a) L'examen physique dont nous ne parlerons pas ici.

b) L'examen psychiâtrique proprement dit qui cherche à organiser les signes et réactions parcellaires en syndromes et tableaux cliniques précis pouvant trouver leur place pour chaque sujet examiné dans un cadre nosographique. Ce cadre permet en général d'établir un pronostic et d'instituer une thérapeutique.

c) L'entretien à visée compréhensive qui s'adresse au sujet en difficulté ou en péril, tente de renouer les fils embrouillés ou rompus de son histoire personnelle.

d- L'étude du milieu : les structures familiales et sociales, les moeurs, les idéaux, les coutumes et les représentations collectives font partie intégrante de tout tableau psychiâtrique.

e- L'étude du normal, enfin, qui sur un plan pratique ne peut se définir qu'en fonction des normes culturelles du sujet et de son adaptation à ces normes. Nous signalons dès maintenant l'ambiguité de cette approche de la normalité.

Cette approche psychiâtrique se heurte à Bouaké à des difficultés d'ordre linguistique et culturel.

Elle nécessite la présence, constante ou presque, d'un interprête, voire d'une chaine d'interprêtes, ceux-ci donnant le plus souvent un résumé et une interprétation personnelle, plutôt qu'une traduction fidèle du discours du sujet.

La compréhension des mécanismes psycho-pathologiques de la maladie est difficile. En effet, le malade ou la famille formule sa demande en présentant des symptômes recevables par le médecin. Ils viennent chercher le médicament qui calmera l'anxiété, l'agitation ou l'insomnie.

Les concepts psychopathologiques européens ne sont d'aucun secours en raison du contexte culturel différent du nôtre. Pour les mêmes raisons, en dépit de sa bonne volonté, le médecin restera étranger à la culture traditionnelle qu'il ne pourra traduire dans ses propres systèmes, avec son propre langage, et ne pourra donc pas s'en servir.

Bien souvent, s'instaure donc un système de double consultation chez le médecin pour recevoir les médicaments, chez l'infirmier major qui conseille et organise la prise en charge par les circuits psychothérapiques traditionnels déjà en cours ou négligés.

Paradoxalement ces difficultés qui débouchent sur ce qui paraît être une médiation de la parole, sont bénéfiques. Elles rendent un rôle primordial à ceux (infirmiers et entourage culturel) qui sont le plus aptes, au niveau de la quotidienneté, à comprendre et à aider à la résolution de ce qui crée et fait évoluer les symptômes présentés au médecin.

2- Hospitalisations

Les hospitalisations s'effectuent selon trois modalités différentes :

- dans la majorité des cas, le malade est accompagné par sa famille ;

- parfois il arrive au Centre encadré par la police ou les sapeurs-pompiers. Il s'agit le plus souvent de vagabonds plus ou moins délirants, errant sur la voie publique, sans domicile fixe ni travail régulier. Les soins se réduisent alors essentiellement à une hygiène corporelle et alimentaire.

- Enfin une hospitalisation peut se faire par le transfert d'un malade d'un service d'un hôpital général.

a- Motifs de l'hospitalisation

Le tableau suivant concerne 277 malades hospitalisés au cours du premier semestre 1974.

	Hommes	Femmes
Syndromes confusionnels infectieux ou parasitaires (paludisme, trypanosomiase)	14	12
Etats d'agitation non étiquetés	10	0
Bouffées délirantes	47	51
Etats maniaques (psychose maniaco-dépressive)	23	24
Psychoses chroniques	23	5
Syndromes dépressifs	7	12
Névroses	0	0
Toxicomanies	22	0
Ethylisme	9	1
Problèmes sociaux	3	0
Neurologie	9	2
Démences séniles	0	3
	167	110

Les syndromes dépressifs sont rares (8 %) et touchent essentiellement les populations scolarisées. Ils s'accompagnent de phénomènes de conversion somatique, où n'existent jamais de thèmes d'incapacité, de culpabilité, de type mélancolique. Ces syndromes dépressifs semblent en rapport avec une difficulté d'adaptation aux conditions de vie actuelle. Ils sous entendent souvent la recherche d'un bénéfice secondaire. Les tentatives de suicide sont exceptionnelles : 2 cas en un an, relevant d'un chantage vis à vis de l'entourage.

Les toxicomanies au chanvre indien et aux amphétamines conduisent à des états d'agitation bien proches des bouffées délirantes : le chanvre indien, responsable d'un état oniroïde, est très mal toléré par l'africain qui vit ses rêves comme une réalité.

Les amphétamines provoquant des illusions sensorielles, des hallucinations auditives et une recrudescence de l'anxiété, ont les mêmes conséquences.

Les bouffées délirantes que nous développons en raison de leur importance, ont en règle générale un début brutal, marqué de manière stéréotypée par :

- une agitation désordonnée ;
- des fugues en brousse ;
- une logorrhée délirante ;
- parfois se surajoutent des gestes agressifs vis à vis de l'entourage, ou une anorexie.

A son entrée à l'hôpital, le malade présentant une bouffée délirante est passif, la plupart du temps par obligation : il est bien souvent enchaîné et accompagné par cinq ou six membres de sa famille qui s'opposent de façon violente (verbale ou même physique) à toute tentative de la part de l'agité.

Au cours de l'entretien, il est confus, niant ou reconnaissant les troubles, livrant un délire peu vécu, peu agi, monomorphe, pauvre dans son expression : "on veut me tuer" ; "je vois des diables, cela me fait peur" ; "je suis attaché par un sorcier", délire sous-tendu par des hallucinations auditives et visuelles.

Parfois existe un mutisme complet ou, au contraire, de brusques accès d'agitation avec tentative de fugue lorsqu'on lui adresse la parole. Le malade nous accuse alors de vouloir parachever l'oeuvre des puissances maléfiques.

Les jours suivants le malade se calme, avec cependant une recrudescence vespérale ou nocturne du délire. Puis, s'installe un tableau d'adynamie avec neutralité thymique, provoquée en partie par les neuroleptiques.

La guérison de l'état aigu est annoncée par l'apparition de plaintes somatiques et la reprise d'une activité au Centre.

A ce moment il existe une amnésie des troubles ayant provoqué l'hospitalisation : "on m'a emmené ici parce que j'avais de la fièvre ou mal à la tête".

D'un point de vue évolutif, la guérison est l'éventualité la plus fréquente : le malade retrouve sa place dans le groupe social, reprend ses activités, mène une vie normale. Il est suivi régulièrement en post-cure, s'il ne néglige pas de venir en consultation, et garde une dose minime de neuroleptiques, au moins pendant un an.

La récidive n'est cependant pas rare. Certains malades ont déjà présenté un ou plusieurs épisodes semblables, soit traités à l'indigénat, soit hospitalisés à Bingerville ou à Bouaké.

Enfin l'évolution schizophrénique nous parait possible mais rare. Les activités du Centre étant encore trop récentes, nous ne pouvons personnellement l'affirmer. Notons simplement qu'au niveau des couches sociales les plus acculturées (élèves, fonctionnaires...) la survenue d'une bouffée délirante est d'emblée plus inquiétante de par la présence d'un syndrome dissociatif et l'évolution plus prolongée des troubles.

b- Organisation de l'hospitalisation

La prise en charge thérapeutique au Centre est double :

- le malade reçoit une chimiothérapie neuroleptique ou anti-dépressive, éventuellement suivie d'une sismothérapie (I/3 des cas).

Ces pratiques "occidentales" à visée symptomatique possèdent aux yeux du malade un véritable pouvoir magique : injections et comprimés apportent à l'organisme une substance protectrice. La sismothérapie chasse les mauvais génies. Il est en effet à noter que, quelle que soit la pathologie présentée, il existe toujours une interprétation persécutive des troubles.

- la mise en place d'une sociothérapie a été tentée en essayant de se servir de l'artisanat local : filage du coton, tissage, poterie, vannerie.

Cet essai reste pour l'instant un échec, en raison de la durée trop brève des séjours au Centre.

Cette ergothérapie sera mieux adaptée dans le cadre du village de post-cure dont la création est envisagée.

Par ailleurs les malades participent, avec leurs familles, à l'entretien des locaux et à la préparation de la cuisine.

- La décision de sortie est prise au cours d'une réunion hebdomadaire à laquelle participent l'ensemble des hospitalisés, les familles et l'équipe soignante.

La durée moyenne des séjours au Centre varie de 15 jours à 1 mois.

C- Place du Malade mental dans la société ivoirienne

Nous étudierons de manière privilégiée la place du malade mental chez les Baoulés, ethnie qui représente 52 % des malades hospitalisés au Centre. Les conclusions peuvent être aisément étendues à toute la Côte d'Ivoire : l'attitude vis à vis du "fou" variant peu dans les autres ethnies animistes ou musulmanes.

Nous commencerons par un bref rappel culturel en faisant référence aux travaux du groupe de recherches de la Société de Psychopathologie et d'Aide à la Santé Mentale qui se tient à l'Institut de Santé Publique d'Abidjan : conférence de Monsieur LAFARGUE sur "La Sorcellerie chez les Baoulés et les Abidji".

De plus, nos informations personnelles ont été recueillies pour la plupart de manière orale : entretiens avec les familles accompagnant le malade au Centre de santé mentale, avec les infirmiers et les chefs de villages lors de sortie en Brousse.

1- Rappel culturel

L'homme se compose de deux parties :

- le corps
- l'âme (le Wawe)

Lorsque survient la mort il y a dislocation,

le corps vivant devient mort et l'âme, un certain temps après les funérailles, rejoint les génies et les esprits des ancêtres.

L'homme se trouve perpétuellement protégé ou agressé par une puissance bienveillante ou maléfique, s'exerçant sur sa personne.

La prédominance de l'une ou l'autre de ces forces permet d'expliquer tout ce qui peut arriver à l'individu au cours de sa vie.
- Les génies sont les premiers habitants de la brousse. Ils peuvent être protecteurs ou maléfiques, prenant alors le nom de diables. L'homme doit composer avec eux (adoration, sacrifices).

Les génies ont donné aux hommes les fétiches : essentiellement : l'eau (N'ZUE), la pierre (YOBOUE), le bois (OUAKA) dont le rôle est protecteur. Chaque famille, chaque village possède un fétiche qui peut être transmis à la descendance.

Chaque fétiche a un totem (interdit) dont la transgression entraîne des représailles. Cet interdit est d'ordre alimentaire ou moral.

Lorsqu'un problème se pose, les génies consultés peuvent donner un fétiche pour résoudre ce problème.

L'exemple d'AILEPRI ou de TIKALE, répandus dans tout le pays baoulé est significatif :
le fétiche Ailepri semble avoir été "donné" après la colonisation pour se protéger de la jalousie d'autrui, apparue avec la notion de profit individuel (son totem, en effet, interdit de vouloir du mal à quiconque).

De plus les génies, par l'intermédiaire du rêve ou d'expériences hallucinatoires en brousse, fournissent les thérapeutiques indigènes nécessaires au groupe.

Les esprits des ancêtres, représentés par la lignée maternelle protègent leurs descendants. La communication est possible avec eux par l'intermédiaire des divers rites.

L'homme a des devoirs envers les génies, les fétiches et les ancêtres (vénération, culte, respect des interdits, sacrifices). La négligence de ces devoirs rend l'homme vulnérable aux puissances maléfiques.

Celles-ci sont de trois ordres : les sorciers, les empoisonneurs, les diables (génies maléfiques).

Le pouvoir en sorcellerie n'est pas un pouvoir transmissible : on nait "puissant" (Ti kékléfoué).

En voici quelques exemples :

- N'Guessan : 3ème enfant de même sexe que les 2 précédents
- N'Dri : 4ème enfant, après N'Guessan
- N'Da : les jumeaux
- Amani : né après les jumeaux.

Ou encore :
- enfant né "coiffé" ou avec un bracelet ombilical (Banzae).

Ceux-ci possèdent de par leur naissance une puissance ambivalente, tantôt bénéfique (ils sont alors clairvoyants : Hounzoue-Foue), tantôt maléfique (sorciers : Bae-Foue), indépendants de la volonté du sujet.

Le puissant est l'objet d'un enjeu au niveau du groupe qui, à travers ses phantasmes, déterminera la nature de ses pouvoirs (clairvoyance ou sorcellerie).

L'emprise des sorciers s'exerce au niveau du Wawe qu'ils dévorent.

Les empoisonneurs (Douhoule-Foué) ne sont pas nécessairement des sorciers, mais les uns et les autres pratiquent tous de la magie noire.

Il est possible d'échapper à l'emprise des puissances maléfiques en consultant le clairvoyant. Celui-ci retrouve les causes de la vulnérabilité et donne les moyens d'obtenir la protection des génies.

Les diverses croyances que nous venons de décrire constituent les fondements d'une société de type communautaire, avec ses règles propres, où l'ordre est fondé sur la crainte et le respect des valeurs traditionnelles.

L'individu se trouve fondu dans le groupe avec un rôle bien défini, en raison de son appartenance à une classe d'âge et par sa position dans la lignée familiale, représentée par les vivants et les esprits de ses ancêtres.

Cette référence au mythe est responsable d'une logique indiscutée, limitant de ce fait la créativité et l'évolution de cette société.

2- Place du malade mental dans la société ivoirienne

La maladie mentale avait la réputation d'être bien tolérée en Afrique (travaux de l'équipe de Dakar). Il nous faut nuancer cette opinion dans le cadre de notre travail à Bouaké.

a- Traditionnellement les malades mentaux chroniques étaient bien insérés dans le village. Mais ils étaient beaucoup moins nombreux que de nos jours, du fait de l'élimination

des débiles et mal formés dès la naissance ou dans les premières années. La survenue d'une encéphalite (post-rougeoleuse en particulier) entraînait pour l'enfant qui en gardait des séquelles, l'élimination physique ou la mise à l'écart. Il menait alors une vie végétative dans une case particulière "confiée" au génie tenu pour responsable de la maladie, la famille n'ayant qu'un rôle nourricier.

Les délirants chroniques qui vivaient au village étaient pris en charge par l'ensemble de la famille qui subvenait à leurs besoins vitaux. La tolérance dont ils étaient l'objet ne semble pas différente de celle dont bénéficiait l'ancien "fou" du village français.

Bien différents étaient les problèmes posés par le malade agité. Mais avant d'aborder ce sujet, il nous faut distinguer l'agitation culturelle normale, canalisée par le groupe, de celle vécue comme étant pathologique par le groupe lui-même.

b- L'agitation culturelle peut être provoquée au cours des divers rites ; chants, musique, danses, boissons, drogues hallucinogènes en permettent son expression.

Elle traduit la possession par les génies ou les esprits ancestraux.

L'agitation culturelle peut aussi naître spontanément : elle n'atteint alors qu'un individu isolé et semble en rapport avec l'existence d'un conflit au sein d'une famille ou d'un village (épidémie, décès, vol...)

Elle se traduit par des prédications nocturnes, des fugues en brousse avec expérience hallucinatoire.

Le groupe l'interprête comme un bienfait permettant la transmission d'un message des ancêtres, le don d'un fétiche ou d'un remède par un génie de la brousse.

Ces épisodes sont toujours suivis de sacrifices, puis tout rentre dans l'ordre et l'individu ayant vécu cette expérience acquiert un pouvoir reconnu par le groupe.

Ces différentes manifestations ont pour particularité d'être limitées dans le temps et sans lendemain pour l'individu.

c- L'agitation pathologique ne se distingue pas dans sa présentation de l'agitation culturelle, mais elle se prolonge anormalement, devenant intolérable pour le groupe en raison des perturbations qu'elle apporte à la vie quotidienne.

Ce que nous avons appelé à la suite de H. COLLOMB "bouffée délirante" représente le mode d'agitation le plus fréquemment rencontré. Il parait même artificiel de vouloir individualiser des syndromes tels que : syndrome confusionnel infectieux, accès maniaque, toxicomanie alors que la symptomatologie psychiâtrique est identique. L'intérêt de cette individualisation est d'adapter la thérapeutique en fonction de l'étiologie ou d'une nuance clinique.

H. COLLOMB a refusé de décrire une pathologie africaine lorsqu'il a décrit ce syndrome, cela malgré les différences avec la bouffée délirante polymorphe des dégénérés de MAGNAN.

Le délire est ici monomorphe, peu vécu, peu agi, sans variation thymique, alors qu'il est là polymorphe, variable, vécu, agi, s'accompagnant de variation rapide de l'humeur.

H. COLLOMB a rapproché ses travaux de ceux de H.EY et FOLLIN qui définissent la bouffée délirante comme "un niveau bien particulier de destructuration de la conscience et

d'une crise du personnage dans son rapport au monde". De même J. CONSTANT lorsqu'il a étudié les bouffées délirantes en Guadeloupe s'est surtout basé sur l'évolution pour intégrer sa description dans la dynamique de la bouffée délirante de l'école française.

3- Mécanismes psychopathologiques de la bouffée délirante

Devant la survenue d'une bouffée délirante, une analyse approfondie est souvent difficile, surtout lorsqu'un frère ou un oncle lettré sert de porte-parole à la famille. Celui-ci en général s'en tient aux symptômes considérés comme pathologiques, et refuse d'entrer dans le jeu des explications traditionnelles.

Un entretien prolongé entre le malade et sa famille (surtout avec la mère) et le major ou un infirmier de même ethnie, permet de comprendre le mécanisme des troubles.

Le plus souvent, il faut en faire remonter l'origine à des semaines, voire à des années précédant l'épisode aigu.

a- La notion de conflit :

Dans la majorité des cas on retrouve l'existence d'un conflit entre l'individu et :

- les valeurs du groupe : importance de la stérilité ;
- l'entourage proche : conflit conjugal, conflit avec la famille ou la belle famille ;
- la loi du groupe : transgression des interdits, non respect des anciens ou des rites (Obs. n°2) ;
- la mentalité du groupe : psychose du succès (Obs. n°3).

Parmi toutes ces causes de conflit, il existe en effet une circonstance déclenchante très fréquente : le succès, la réussite sociale d'un individu va à l'encontre de l'esprit d'une société de type communautaire, uniformisante, où le profit individuel est pratiquement inconnu. Celui-ci reste

actuellement mal toléré, provoquant de graves phénomènes de jalousie, source de profonde inquiétude pour la "victime de sa chance".
- Enfin conflit entre l'individu et les exigences de la vie moderne.

Les deux observations suivantes en donnent un exemple.

OBSERVATION N°2 - Mlle GANZOAA AY..., 16 ans
Baoulé
Sans profession.

Malade accompagnée au Centre par son oncle pour :
- logorrhée délirante
- insomnie
- fugue en brousse.

A son entrée, la malade est confuse, agitée, parlant de personnes décédées depuis plusieurs années auparavant, de fétiches et d'une grande foule au sein de laquelle elle se trouve.

Elle est apyrétique, en bon état général.

Les troubles ont débuté il y a 8 jours, précédés d'une asthénie, de céphalées, de douleurs articulaires diffuses s'accompagnant de fièvre. Pressé de questions, l'oncle nous explique que le clairvoyant consulté a désigné le responsable de la maladie : il s'agit du fétiche Ganzoa.

Nous apprenons alors que le père de la malade, lettré, néglige l'adoration de ce fétiche, alors que pour avoir un enfant, il avait promis de donner le nom de Ganzoa à son premier né.

Devant l'apparition de troubles du comportement de la jeune fille, et le refus du père de faire les sacrifices demandés par le clairvoyant, l'oncle demande l'hospitalisation.

Sur les injonctions du major, en présence de la malade, il est fermement décidé à réunir la famille pour rorganiser les sacrifices jusqu'alors négligés.

Une amélioration spectaculaire est obtenue sous neuroleptiques et la malade sort, douze jours après son hospitalisation dans d'excellentes conditions.

Elle n'est jamais revenue en consultation.

OBSERVATION N°3 - M. N'KO... N'GO, 28 ans
Baoulé
Planteur

Le malade est hospitalisé le 8-4-1974 accompagné par sa famille pour :
- insomnie, anorexie
- fugues en brousse
- agressivité avec menaces verbales
- soliloquie délirante : "je suis riche, j'ai beaucoup d'argent ; les gens sont jaloux et veulent me tuer ; ils m'ont vendu aux empoisonneurs..."

Les troubles ont commencé 5 mois auparavant, en décembre 1973, à la suite de la traite du café qui lui avait été particulièrement favorable cette année.

S'étaient alors installés un comportement méfiant, un isolement plus marqué, des départs en brousse de plusieurs jours.

L'apparition des troubles majeurs précédemment décrits décide la famille à le faire hospitaliser. Aucune thérapeutique traditionnelle n'a été tentée.

A son entrée, le malade est calme, niant les troubles. Il parle haut et fort. On note l'existence d'une discrète confusion.

La première nuit le malade est agité, ne dort pas, crie, accusant les gens de vouloir le tuer.

En trois jours, sous neuroleptiques, le malade se calme. Cinq jours plus tard il commence à participer aux activités du Centre, disant ne pas connaître les motifs de son hospitalisation.

Le 25 Avril 1974, soit treize jours après son entrée le malade sort. Quatre mois plus tard, suivi régulièrement en consultation, il mène une vie normale dans son village où il a repris ses activités, et présente un comportement parfaitement adapté.

b- Le conflit, source d'angoisse, est dans la majorité des cas, pris en charge par l'environnement social de l'individu.

Les problèmes sont rejetés à l'extérieur du sujet et partagés par la communauté entière.

Le groupe, par ses démarches coutumières compensatoires, ses interprétations persécutives et ses rites conjuratoires pratique un véritable maternage psychothérapique.

On peut considérer que les mécanismes de défense phobiques et obsessionnels, si fréquents chez l'européen, se retrouvent ici, non plus chez l'individu mais au niveau du groupe et de ses interprétations culturelles : le surmoi est extérieur au sujet, déculpabilisant, rejetant toute responsabilité hors de la personne concernée.

En contrepartie l'individu isolé ne possède pratiquement aucune structure psychologique de défense contre l'éclatement psychotique.

Lorsque l'angoisse ne peut être canalisée par le groupe, survient alors la bouffée délirante. Celle-ci ne nous est jamais apparue comme un moyen économique de résoudre l'angoisse, elle signe au contraire l'échec des mesures préventives traditionnelles, les seules vraiment économiques pour l'individu et son environnement social.

Il semble que cette éventualité, aux dires de nos informateurs, était rare.

Lorsque l'épisode aigu éclate, le groupe, jusqu'alors uni au niveau de l'interprétation des troubles, se divise : chacun consulte, fait des sacrifices individuellement puis ne sachant plus que faire, la famille entrave l'agité à l'écart du village, dans des conditions peu confortables, lui fournissant seulement la nourriture. Le malade est livré à lui même, sans aucune surveillance des fonctions vitales.

Dans ces conditions on conçoit aisément que la mort était bien souvent inéluctable.

Nous avons personnellement vu arriver au Centre, deux malades entravés, l'un depuis six mois, l'autre depuis 8 mois, tous deux en mauvais état général.

La guérison était possible, suivie de la réinsertion du malade. Celle-ci se faisait souvent dans des conditions peu favorables : il persistait un certain degré de méfiance avec parfois un remaniement de l'environnement familial (le conjoint malade était abandonné et renvoyé dans sa famille maternelle).

4- A l'heure actuelle le schéma se modifie

La fréquence de la maladie mentale augmente en Côte d'Ivoire aux yeux de tous nos informateurs. A cela plusieurs causes :

a- Le milieu urbain est considéré comme pathogène:
- 63 % de nos hospitalisés proviennent des villes de Côte d'Ivoire - Sur 114 malades habitant Bouaké, seuls 25 sont nés sur place et vivent au sein de leur structure familiale.

Notons que cette ville actuellement de 120 000 habitants était, il y a seulement 50 ans, un village groupant au plus 2 à 300 personnes.

L'urbanisation est responsable de l'exclusion plus rapide du malade mental : l'agitation ne peut être acceptée longtemps;quant au malade chronique,il devient une charge financière improductive, gênante et trop lourde pour une famille restreinte.

b- Les situations conflictuelles sont plus nombreuses du fait du mode de vie actuel :
- course aux diplômes
- problèmes de l'emploi
- désir de jouissance des biens de consommation, difficile à satisfaire dans le cadre des relations avec une famille élargie
- non respect par les plus jeunes des traditions coutumières
- revendication, exprimée ou non, d'une autonomie plus grande de la femme ;
- enfin, conflit relationnel entre le citadin et son village d'origine et inversement.

c- Ces sources de conflits sont de moins en moins contrôlées par le groupe, la parole ne circule plus ; l'individu se retrouve seul face à son angoisse. En raison de la fragilité de ses structures psychologiques hors du groupe, il répond le plus souvent par une affection psychiâtrique majeure.

d- Les thérapeutiques traditionnelles, essentiellement préventives, se heurtent à un nombre croissant de difficultés. On assiste à un affaiblissement des croyances. Les exigences curatives sont de plus en plus difficiles à remplir: présence de la famille au complet, temps passé auprès des malades, coût des consultations et des sacrifices.

e- Face à l'éclatement de son cadre culturel, l'africain se crée des moyens de défense : fétiches, remèdes qu'il va se procurer auprès des marabouts, des féticheurs, des charlatans qui se multiplient, trouvant là une source de profit.

Ces moyens protecteurs associés aux interprétations persécutives sont sources d'inquiétude et favorisent l'éclatement du délire dans la mesure où ils sont individuels, ne reposant plus sur une réalité vécue et partagée par l'entourage.

Autour de ces deux facteurs : augmentation de la maladie mentale, diminution de la prise en charge par le groupe, qui s'auto-entretiennent, s'organisent des structures de soins diverses et bien souvent non coordonnées.

- Les thérapeutiques traditionnelles existent toujours mais leur efficacité diminue pour les raisons que nous avons évoquées précédemment.

- Des groupes à idéologie religieuse développent des thérapeutiques communautaires : villages de malades mentaux par exemple, vivant avec leurs familles.

On peut citer les exemples :

- du harisme dont le centre se trouve près de Bingerville
- de Kocamba, en pays Baoulé.

- La psychiâtrie occidentale, essentiellement symptomatique, qui permet à l'heure actuelle de réinsérer rapidement le malade dans son groupe social, se heurte à de grosses difficultés :

- de compréhension
- mais aussi de réinsertion du malade : plus la famille est dispersée, moins le malade mental est toléré. Les plus grands problèmes de réinsertion se posent pour les ethnies éloignées de leur village d'origine.

Face à ces difficultés, il est projeté d'organiser des recherches ethnologiques, sociologiques analytiques et d'ouvrir un village de post-cure réunissant le malade et une partie de sa famille dans un cadre de vie identique à celui du village traditionnel.

La question qui se pose alors est la finalité de telles recherches et de telles structures de soins dans un monde où l'individu n'est pas maître de son destin : la bonne santé mentale qui était jusqu'à présent l'affaire de tous, devient affaire de spécialistes, adaptant l'individu à une réalité non maitrisée.

C'est à la suite de notre séjour en Côte d'Ivoire que nous avons tenté de préciser les relations de l'homme avec sa culture et de situer la Maladie Mentale dans la dynamique de la culture.

III- HISTOIRE ET EVOLUTION DES IDEES EN ANTHROPOLOGIE CULTURELLE

C'est volontairement que nous isolerons l'Anthropologie psychanalytique qui représente à l'heure actuelle la voie de recherche la plus féconde.

Nous ferons essentiellement référence à l'article de Ch. BRISSET : "Anthropologie culturelle et Psychiâtrie" dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale et au livre de Fr. LAPLANTINE : "L'Ethnopsychiâtrie" paru en 1973 aux Editions Universitaires.

A- Les premiers Anthropologues : l'EVOLUTIONNISME

L"Ethnologie" est née dans les récits et les oeuvres des historiens, des géographes, des voyageurs et des écrivains de l'Antiquité et du Moyen-Age. A partir de la Renaissance les grandes découvertes géographiques stimulent la curiosité pour l'étude des moeurs des "sauvages" et des civilisations européennes. Les grandes études se développèrent au XVIIIème siècle et au XIXème siècle. Ces récits restèrent du domaine de l'anecdote ou de la monographie jusqu'à ce qu'apparaisse le principe Organisateur scientifique emprunté à DARWIN et à Auguste COMTE : L'EVOLUTIONNISME, école marquée par les travaux à la fin du XIXème siècle de : LUBBOCK - TAYLOR - FRAZER - WUNDT.

Trois grands principes découlèrent de leurs études :

1°- L'histoire de l'Humanité représente une série linéaire obéissant à la loi des trois états énoncés par A.COMTE :

- de la sauvagerie à la barbarie puis à la civilisation ;
- de la promiscuité sexuelle au matriarcat puis au patriarcat;
- de la chasse à la vie pastorale puis à l'agriculture.

2°- Il existe des similitudes entre les cultures de même niveau, quelles que soient l'époque et l'aire géographique :
- comparaison d'armes, d'outillages, de techniques, d'arts, de mythes et de folklores;
- le "Primitif" d'aujourd'hui représente l'ancêtre préhistorique - c'est la méthode comparative.

3°- Des survivances des stades dépassés se retrouvent dans les cultures avancées :
- étude des mythes, des rites et des religions, c'est surtout FRAZER qui développa l'étude des survivances.

Le mérite de l'Evolutionnisme est d'avoir dégagé les notions de culture, de développement, de survivance culturelle.

On peut surtout reprocher à l'Evolutionnisme 3 points :

1°- Cette théorie ne tient pas compte des sujets concernés par l'étude ethnologique :
- les lois de l'évolutionnisme sont inadmissibles pour le sujet "primitif" -

2°- La multiplication des études a mis en évidence la difficulté et la relativité des comparaisons culturelles.

3°- La constatation des changements culturels de plus en plus fréquents de nos jours, a nécessité l'intégration des notions historiques et géographiques et a infirmé la notion de progression linéaire.

B- Le DIFFUSIONISME

Cette école va centrer ses travaux sur les notions de "Transmission" et d"emprunt" culturel et ceci en rapport avec la constatation des nombreux changements culturels.

Le diffusionisme est représenté :
- En Angleterre par ELLIOT SCHMITH
- En Allemagne par SCHMIDT KAPPERS
- L'Ecole Anglo-Saxonne avec BOAS (1858-1942)
  KROEBER (1876-1960)
  SAPIR
  WISSLER
  GOLDENWEISES

et enfin l'Ecole Française avec P. RIVET (1876-1958), créateur du Musée de l'Homme en 1937 et auteur de travaux sur les populations américaines.

Son mérite est d'avoir introduit dans la recherche ethnologique les notions d'histoire, de lieu et de temps avec en particulier la notion "d'aire culturelle".

Mais le Diffusionisme a négligé les éléments psychologiques et laisse sans réponse deux questions primordiales:
- d'où vient la culture ?
- pourquoi les traits culturels ?

Le Béhaviorisme et la gestaltpsychologie donnent des éléments de réponse avec :

- la théorie du "learning" permettant de répondre au problème du conditionnement culturel
- la psychologie de la forme apportant une élaboration théorique approfondie des relations de l'être et de son milieu, de la culture et du biologique.

Mais c'est surtout l'Anthropologie psychanalytique qui s'est efforcée de donner une réponse à ces questions, débouchant, au terme de sa réflexion actuelle, à la notion de la double universalité de la culture et de la nature humaine.

C- ANTHROPOLOGIE PSYCHANALYTIQUE

1°- Point de départ absolu : FREUD

La tentative anthropologique de FREUD s'exprime dès "Premières lettres à FLIESS" (1887-1902) en passant par Totem et Tabou (1913), l'Avenir d'une Illusion (1927), Malaise dans la civilisation (1919) pour finir par son dernier livre Moïse et le Monothéïsme (1938).

Nous nous pencherons essentiellement sur Totem et Tabou qui constitue l'intuition centrale de FREUD lorsqu'il essaye pour la première fois de mettre en place les rapports unissant la psychanalyse et l'ethnologie.

Le Totem, l'Inceste et la Névrose

L'hypothèse de travail est la suivante :

- S'il est vrai que la vie sociale de nos "ancêtres" est dominée par le respect du Totem et la vie psychique des enfants et des névrosés par la crainte de transgresser le Tabou, il existe alors une relation étroite entre les primitifs, les névrosés et les enfants et par conséquent entre le champ anthropologique et le champ psychanalytique.

- Tuer le Totem (= le père) et épouser les femmes du Totem (= sa famille) lient entre elles les sociétés Archaïques et les processus psychiques infantiles.

"On retrouve dans le complexe d'Oedipe les commencements à la fois de la religion, de la morale, de la société et de l'art et cela en conformité avec les données de la psychanalyse qui voit dans le complexe le noyau de toutes les Névroses".

FREUD - Totem et Tabou

Adoptant les idées évolutionnistes de son temps qui affirment que le développement de la culture implique une progression lente et continue de l'espèce humaine, et à l'aide des documents ethnologiques de son époque (essentiellement FRAZER et TAYLOR), FREUD affirme :

a- que les données culturelles résultent de la lutte de l'homme contre les tendances naturelles passées dans l'Inconscient ;

b- que les cultures sont les réponses sociales élaborées pour résoudre les conflits individuels.

Trois reproches principaux sont faits à FREUD :

- le postulat évolutionniste : nous savons depuis, et en partie grâce aux travaux de Lévi STRAUSS, que la pensée des "Primitifs" loin d'être une étape vers la connaissance "scientifique" et la civilisation "avancée" manifeste une logique extrêmement précise et rigoureuse, que leurs mythes sont parfaitement cohérents et que leurs institutions sociales n'ont absolument rien à envier aux nôtres ;

- le Biologisme excessif pour expliquer la transmission de l'acquis inconscient ;

- le piège idéologique qu'il a frôlé.

Quoiqu'il en soit, que l'on se serve des concepts analytiques dans l'investigation du domaine ethnologique ou que l'on cerne du plus près possible la thèse anthropologique de FREUD, celui-ci est le fondateur de l'Anthropologie Analytique.

2°- MALINOWSKI

Une place particulière doit être réservée à MALINOWSKI adversaire déclaré du Diffusionisme. Il fut le premier ethnologue, dont les travaux s'étendent de 1913 à 1939, à utiliser la psychanalyse comme méthode d'investigation des faits de culture.

Le "Fonctionnalisme" de MALINOWSKI répudiant le point de vue historique cherche à comprendre, dans une culture donnée, la structure des Institutions? Le temps a moins d'importance que les besoins et c'est en fonction des besoins que l'on doit rechercher la genèse et le renforcement mutuel des traits de chaque culture.

Tout en prenant à FREUD ce qui était utile à sa théorie des besoins, en particulier la Base Instinctuelle de la théorie psychanalytique, MALINOWSKI s'est surtout fait connaître par la critique de la théorie de FREUD sur l'Inceste et le complexe d'Oedipe à partir de l'observation des Tobriandais (les Iles Tobriand sont situées en Mélanésie).

Nous résumons ici la thèse de MALINOWSKI :

a- les enfants tobriandais n'étant pas soumis comme chez nous à des disciplines sphinctérielles rigoureuses de la part de leur mère, ignorent tout du stade anal ;

b- ils n'éprouvent pas pour leur père ce mélange d'affection et d'aversion qui caractérise les individus des sociétés patriarcales (= absence de conflit oedipien sur le versant paternel) ;

c- étant moins en contact avec leur mère que les enfants occidentaux, les petits garçons mélanésiens n'éprouvent pas le même désir d'Inceste, désir qui se transporte selon MALINOWSKI, sur la soeur ;

d- D'où la conclusion célèbre de MALINOWSKI : la constitution du complexe d'Oedipe mis en évidence par FREUD correspond exclusivement à un processus culturel de conflits et d'identifications lié à la structure même de la famille patrilinéaire et de la société patriarcale.

On pense actuellement que loin d'avoir infirmé la théorie de FREUD, MALINOWSKI lui, a au contraire apporté la confirmation du terrain. Peu importe que les angles du triangle ne soient pas remplis partout d'une manière identique.

D'autre part Geza ROHEIM repartira sur le terrain en Mélanésie et fera voler en éclats la thèse de MALINOWSKI.

- Le fonctionnalisme distingue un déterminisme biologique entraînant des réponses primaires, et un déterminisme culturel répondant aux besoins dérivés. Il donne aux sociologues la primauté absolue sur les faits psychiques.

- L'homme n'est plus créateur de culture. Les phénomènes humains sont compris selon un modèle purement mécanique.

C'est aux mêmes conclusions qu'inspirés ou non par MALINOWSKI arriveront les chercheurs américains dix ans après lui.

3°- <u>Anthropologie culturelle américaine</u>

C'est à partir de 1930 qu'apparaissent aux Etats-Unis, les premiers travaux d'Anthropologie culturelle.

- Moeurs et sexualité en Océanie	1929	M. MEAD
- Echantillons de Civilisation	1934	R. BENEDICT
- L'individu et la société	1939	A. KARDINER
- Le peuple d'alors	1944	Cora DU BOIS
- Les fondements culturels de la personnalité	1949	R. LINTON
- Enfance et société	1950	E. ERKSON

Cette école a utilisé la psychanalyse pour :

a- Etudier les relations de l'individu avec son milieu culturel : c'est la recherche de la personnalité modale qui deviendra avec KARDINER la personnalité de Base ou configuration psychologique commune à tous les membres d'un groupe ethnique. Cette personnalité de base est d'une part conditionnée par les "Institutions primaires" c'est à dire l'ensemble socio-éducatif des frustrations et des gratifications qui façonnent l'individu selon le modèle choisi par la société dans laquelle il vit et d'autre part elle est façonnée par les "Institutions secondaires" c'est à dire par l'ensemble des projections, des défenses et des réactions de l'individu à sa condition sociale originaire.

Les caractères individuels se définissent par rapport à la personnalité de Base dont ils s'écartent plus ou moins tandis que la personnalité de Base assure la stabilité de la société.

b- Rechercher à établir si des types de culture favorisent certains types ou traits de personnalité : c'est la méthode dite de "configurations culturelles", méthode particulièrement illustrée par les travaux de Margaret MEAD et Ruth BENEDICT aboutissant à la création d'une véritable typologie culturelle comparable aux typologies caractérielles de la psychologie Française de la même époque.

Ainsi Ruth BENEDICT distingue :

- un type appolonien pacifique et amoureux de la modération (ex. les indiens Pueblos)
- un type dyonisiaque fougueux et passionné (ex. les habitants de l'Ile DOBU).

c- Enfin l'école de KARDINER cherche à connaître les variations personnelles possibles dans une culture donnée à partir de la personnalité de base.

L'Anthropologie culturelle américaine a eu le mérite :

1- De mettre en évidence l'importance des phénomènes de culture qui conditionnent l'évolution psycho-affective des individus : le rôle de l'acculturation est dégagé.

2- D'intégrer le psychologique et le culturel dans une même structure dynamique.

Les principaux reproches faits aux Culturalistes américains sont :

1- De comprendre les phénomènes humains comme un modèle strictement mécanique en instituant un avant : "les Institutions primaires" et un après : "les Institutions secondaires" et en appuyant leur conception sur des séries de causalité linéaire et de déterminisme direct ; pour notre part nous suivrons François LAPLANTINE lorsqu'il écrit que :

"ce qu'il faut reprocher à ces auteurs ce n'est pas d'attribuer aux faits sociaux le rôle prépondérant dans l'explication ethnopsychologique mais de ne pas comprendre véritablement à quel point il existe entre le psychique et le culturel, une complémentarité d'implication mutuelle indissociable à travers laquelle il devient absolument vain d'établir un "point zéro" à partir duquel on pourrait dresser une chronologie des influences qui constitueraient le petit enfant en être de culture".

2- De négliger une partie de la découverte freudienne. Certes l'enfant est conditionné par son entourage et son éducation, il subit les pressions sociales. Sa transformation en être de culture est la suite des conditionnements, ses complexes et ses phantasmes lui sont transmis ; mais aussi l'enfant ne se borne pas à refléter passivement son entourage il le déforme et le transforme.

3- De s'en tenir à ce qui est observable. Ils isolent les cultures les unes des autres sans chercher à mettre en évidence ce qui les unit au niveau des mythes et des phantasmes.

Geza ROHEIM et à sa suite Georges DEVREUX se sont au contraire attachés à travers l'étude des mythes, des phantasmes, des légendes, des rêves, des jeux d'enfants, des contes de "bonnes femmes", des religions et des réalités socio-économiques à dégager deux notions qui nous paraissent particulièrement importantes:

4°- Universalité de la culture et du psychisme humain

a- Universalité de la culture : il ne s'agit pas de démontrer ici que toutes les cultures sont identiques ou que l'on va retrouver partout les mêmes structures sociales et les mêmes croyances, mais de comprendre que la culture définie avec ROHEIM et DEVREUX en termes de mécanismes de défense du Moi à une situation originelle ou avec Lévi STRAUSS en termes d'émergence du symbolique, est l'ensemble des matériaux dans lesquels nous puisons en tant que société et en tant qu'individu pour élaborer nos expériences. Ces matériaux sont identiques partout et forment un "capital commun" (Levi STRAUSS). Ce capital commun sera organisé par les individus et chaque société d'une manière spécifique en fonction d'un but que s'est fixée une culture donnée.

b- Universalité du psychisme humain : celle-ci est attestée par la situation ontogénétique de n'importe quel nourrisson.

Les mécanismes de construction de ce psychisme naissent partout en réponse aux stimulations internes et externes. Ce psychisme n'est jamais prédéterminé.

Nous savons que cette double universalité de la culture et du psychisme humain est posée un peu comme un a priori, mais rien dans l'état de nos connaissances humaines ne nous permet de l'infirmer, elle est l'hypothèse qui nous permet d'être en tant que thérapeute impliqué dans sa propre culture, de restituer au fait psychique ce qui est du domaine de l'éthique et de la philosophie sans faire référence à une technique froide et deshumanisante. Elle permet enfin au thérapeute travaillant dans une culture différente de traiter les individus sans ériger en nosologies universelles des explications relatives à une époque ou à un milieu donné.

IV- MALADIES MENTALES ET CULTURE

Nous abordons ici l'objet de Recherche de l'ethnopsychiatrie qui est par définition pluri-disciplinaire.

Elle s'efforce de comprendre conjointement les concepts fondamentaux :
- de la psychiatrie : le normal et le pathologique ;
- de l'ethnologie : la culture.

Il existe plusieurs manières d'aborder cette recherche en fonction des questions que l'on se pose :

- la maladie mentale est-elle universelle ou bien est-elle relative aux cultures particulières ? C'est le problème du relativisme culturel ;

- les maladies mentales sont-elles toutes les mêmes d'un pays à l'autre ou bien certaines d'entre elles n'existent-elles que dans un seul pays ou au sein d'une seule culture, et sont-elles ainsi le produit spécifique d'une culture particulière ? C'est le problème des maladies à spécificité culturelle.

- N'existe-t-il pas une structure dynamique entre la maladie mentale et la culture ? C'est le problème de la place de la maladie mentale par rapport à la culture.

A- Le relativisme culturel

"Imaginons qu'un homme tout juste vêtu d'un pagne, maigre à faire peur, le visage peinturluré de rouge et de bleu, grattant sa vermine, s'accroupisse au coin d'une mairie parisienne et reste là des heures, des jours à grignoter quelques grains de millet, parfois chantonnant, le plus souvent immobile et muet. Si encore il mendiait, son comportement serait intelligible mais il ne tend pas la main...
Gageons qu'il franchira vite le porche de Sainte Anne...
Cet homme, je l'ai vu cent fois aux Indes : les dévots s'accroupissaient en face de lui, le contemplaient longuement dans l'espoir de recevoir quelques émanations de sa sagesse.
On est fou par rapport à une société donnée".

Albert BEGUIN - 1952

Cet exemple pose mieux que tout discours la thèse du relativisme culturel.

C'est Ruth BENEDICT qui dans son ouvrage "Patterns off culture (1934)" a systématiquement exposé la théorie du relativisme culturel, cherchant même à établir le diagnostic psychiatrique de chaque culture.

Citons les exemples des:

- KWAKIUTL de la Colombie Britannique dont la conduite mégalomaniaque qui serait partout ailleurs qualifiée de "folie des grandeurs" est considérée comme normale ;
- des habitants de l'Ile DOBU dont l'attitude de méfiance et d'hostilité que partout ailleurs on appellerait "paranoïaque" est habituelle parmi toute la population.

La thèse du relativisme fait appel à la notion de normalité par l'adaptation.

La prise en charge thérapeutique consiste alors à stabiliser le malade dans un état conforme aux exigences du groupe.

On en arrive comme le dit DEVREUX au raisonnement suivant :

"En avril 1945 la tâche du psychiatre allemand était accomplie le jour où son patient adhérait au parti nazi, en mai 1945 elle s'achevait le jour où son patient s'engageait dans le parti chrétien démocrate (s'il vivait à Francfort sur le Main) ou dans le parti communiste (s'il vivait à Francfort sur l'Oder").

Dans cette perspective soigner un malade en Inde c'est faire en sorte qu'il accepte d'avoir faim et en France qu'il supporte les cadences de travail à la chaîne ou le chômage.

Il faut d'ailleurs noter qu'à la thèse de l'adaptation se substitue peu à peu la thèse de "l'adaptabilité" dans notre société occidentale en constante évolution.

De même, le risque du relativisme culturel est de faire d'un comportement manifestement pathologique un comportement normal parce qu'institutionnel et partagé par le groupe, et de confondre ainsi la normalité culturelle qui désigne l'adaptation d'un individu et son équilibre psychique par rapport à une culture donnée et la santé mentale dont les normes ne sont pas relatives mais encore du domaine de l'utopie.

Le relativisme culturel issu du culturalisme américain est symptomatique d'une société qui se veut pragmatique et réaliste, soucieuse avant tout d'efficacité. Elle débouche après avoir étudié dans chaque culture le retentissement sur le développement du psychisme humain à une orthopsychologie "pédagogie du stade prégénital" (VALABREGA) ou à une prophylaxie éducative ou à une thérapeutique de "surcompensation" (ROUBLEF et PERRIER). Pour sortir de cet univers clos et fini qui poussé à l'extrême nous conduit tout droit au "meilleur des mondes" d'Aldous HUXLEY. Nous retiendrons :

1°- La distinction formulée par FROMM entre l'adaptation saine et le conformisme sado-masochiste en reconnaissant qu'un certain degré d'adaptation extérieure est nécessaire à la survie de l'individu, dans n'importe quelle société.

2°- Qu'il existe des "sociétés folles" dans la mesure où elles sont éminemment inductrices des symptômes individuels qui sont ceux de la psychose et de la névrose (DEVREUX).

B- Maladie mentale à spécificité culturelle

Problème aussi ancien que la médecine déjà soulevée par Hippocrate dans le traité des airs, des eaux et des lieux qui contient la description de la "Maladie des scythes" : parmi les barbares nomades de la Scythie (Russie du Sud actuelle) un certain nombre d'hommes devenaient impuissants, se mettaient à parler avec une voix féminine et adoptaient la manière de vivre des femmes.

Hippocrate ne se contente pas de décrire cette anomalie mais cherche à en expliquer l'origine par les effets du climat humide et brumeux de la Scythie, par l'alimentation et le genre de vie des scythes.

Au cours des siècles furent décrites des maladies dont on affirmait qu'elles n'existaient que chez les habitants d'un seul pays, il en est ainsi :

- de la "fureur des Berserk" décrite au Moyen Age chez les guerriers scandinaves ;
- la maladie anglaise décrite par CHEYME en 1735 ;
- la "maladie suisse" décrite à la même époque chez les soldats suisses en service à l'étranger.

Mais c'est surtout la pathologie exotique décrite d'abord par les voyageurs puis par les médecins coloniaux qui font la part la plus importante de la littérature. Il en est ainsi :

- de l"Amok" et du "Latah" malaisien ;
- du "Kayaksvimmel" ou vertige du kayak des esquimaux ;
- du "Myriakit" sibérien, de l"Imu" japonais qui avec le Latah font partie du groupe des névroses d'imitation ;
- le "Windigo" propre à certaines tribus indiennes du nord-est du Canada.

On pourrait à plaisir allonger cette liste aux noms plus ou moins exotiques. Là n'est pas notre but et nous renvoyons le lecteur à l'article de H.F. ELLENBERGER paru dans l'E.M.C. en 1965 sous le titre : ethnopsychiatrie, partie descriptive et clinique, qui fait le point sur ce problème et donne une bibliographie très complète sur ce sujet.

On peut, d'autre part, discuter à perte de vue sur la réelle existence de maladie spécifique à une culture. Nous retiendrons que la maladie mentale est modelée par :
- l'influence des moeurs, coutumes et croyances ;
- l'attitude de l'entourage à la réaction du malade.

Beaucoup plus intéressante nous paraît la démarche de DEVREUX qui cherche à mettre en évidence la participation de tous à l'élaboration de modèles culturels et à intégrer le pathologique à la dynamique de culture.

C- Relation dynamique entre la culture et la maladie mentale

Nous énoncerons ainsi, avec François LAPLANTINE en faisant référence aux travaux de Georges DEVREUX, les lois qui régissent les rapports de la culture et de la maladie mentale.

1°- Toute culture élimine ses déchets, crée ses propres plages pathologiques et sa propre définition de la folie.

2°- Toute culture met à la disposition de ses membres des mécanismes de compensation et des coussins amortisseurs du réel, dont certains sont manifestement pathologiques.

3°- Toute culture a sa manière de pré-structurer les symptômes de la maladie mentale et de canaliser celle-ci vers une forme ethnique privilégiée.

a- La maladie mentale comme phénomène de rejet culturel :

- chaque culture impose à ses membres afin de maintenir sa propre existence un certain nombre de contraintes ;

- elle donne aux individus ne se soumettant pas à ces contraintes un statut spécifique qui va de la prison à l'éducation surveillée, en passant par l'hôpital psychiatrique dans notre culture occidentale ;

- le "thérapeute" n'introduit en fait qu'une classification dans le groupe qui lui est désigné comme fou par l'opinion publique et se contente de réadapter l'individu ou de stimuler ses possibilité d'adaptation à la société.

b- La maladie mentale comme excès de culture :

- chaque culture conformément à ses exigences impose à ses membres, de génération en génération, de refouler certains phantasmes et pulsions comme elle permet à d'autres de demeurer au niveau conscient. Le refoulé forme ce que DEVREUX appelle "le segment inconscient de la personnalité ethnique" commun à tous les membres d'une culture donnée et se transmettant par une sorte d'enseignement ;

- c'est au niveau de cet "inconscient ethnique" que se jouent les conflits et les stress des individus dans leur société ;

- pour résoudre ses tensions et ses conflits chaque culture possède des mécanismes de compensation qui sont par exemple la danse, le théâtre, la fête et la participation collective au Sacré, de même qu'elle renforce certains traits de comportement qui dans l'absolu n'en sont pas moins pathologiques (névrotisation ou psychotisation abusive) ;

- mais il est possible :

1- "que la culture ne fournisse pas de moyens de protection suffisants aux individus, les empêchant de refouler leurs pulsions agressives et "culturellement dystones" ou au contraire les encourage à des renoncements massifs et outranciers ;

2- que certains individus ne soient pas aptes, soit par disposition innée, soit par fragilité de leur "inconscient idiosyncrasique" constitué par les expériences originales de l'individu, soit par défaut d'accès au moyen de défense proposé par leur culture ou enfin par la transposition dans une culture différente de la leur, à introjecter les valeurs et les comportements qui sont proposés par la société où ils se trouvent.

c- La maladie mentale comme conformité à des modèles culturels d'inconduite :

la notion de modèle d'inconduite a été exprimée par LINTON : "tout se passe comme si la société disait : ne faites pas ceci mais si vous le faites, il faut vous y prendre de cette façon.

De même DEVREUX écrit :

" L'individu atteint de désordre psychique tend à se conformer strictement aux normes de comportement approprié aux fous qui ont cours dans la société où il vit... Il est en quelque sorte préconditionné par la culture, peut être à son insu, mais assurément d'une manière presque automatique, à réagir à n'importe quelle tension violente par des symptômes qu'il n'invente pas mais qui lui sont fournis "prêt à porter" par son milieu culturel".

CONCLUSIONS

La pratique psychiatrique ne peut se concevoir sans une certaine idée de l'Homme. Celle-ci s'inscrit de tout temps en filigrane dans l'oeuvre et la pratique du Psychiâtre mais l'étude des relations de l'homme avec la culture et de la pathologie mentale avec la culture ne s'est développée que récemment. L'évolution des idées en Anthropologie culturelle et en ethnopsychiatrie fait partie de l'histoire contemporaine.

Nous retiendrons que :

- L'Evolutionnisme si rassurant pour notre culture occidentale butte sur deux obstacles majeurs :
la notion de progression linéaire ne tient pas devant les bouleversements apportés par la multiplication des moyens de communication, les peuples primitifs ne peuvent admettre d'être considérés comme nos ancêtres culturels. Les études en profondeur montrent la richesse et la cohésion des cultures dites "primitives". L'histoire par ailleurs nous a légué les traces de civilisation aussi riches que la nôtre.

- Le diffusionisme ne fait qu'introduire des notions historiques et géographiques en référence à notre culture.

- Mis à part le Culturalisme, l'anthropologie psychanalytique, au terme de sa réflexion actuelle, définit ce qui était déjà pressenti dans la déclaration des Droits de l'Homme : la double universalité de la culture et de la nature humaine.

Au niveau de la pathologie mentale :

En adaptant la thèse de l'Evolutionnisme, on peut supposer qu'il existe dans une réalité idéale un individu parfaitement sain, capable de créer des valeurs vraies. Ces concepts serviraient de référence et tout ce qui s'écarterait de la norme serait alors considéré comme pathologique.

Les culturalistes acceptent le jeu de la différence mais nous conduisent droit à un univers mathématique. Ils définissent la normalité par rapport à ce qu'il ne faut pas faire pour devenir malade mental.

L'intégration de la pathologie mentale à la dynamique de la culture nous parait beaucoup plus riche en possibilités ; notre expérience africaine nous y encourage.

Nous n'avons pas cherché à individualiser une pathologie exotique. A la suite de H. COLLOMB qui la considère comme le mode d'expression privilégiée de la pathologie africaine, nous ferons de la bouffée délirante le modèle d'inconduite des cultures rencontrées au cours de notre séjour en Côte d'Ivoire. Le recours à ce modèle d'inconduite devient de plus en plus fréquent dans la mesure où cette société est confrontée à un violent processus d'acculturation.

- Au niveau des couches sociales les plus acculturées la pathologie se modifie : elle tend à se conformer aux modèles nosographiques français.

- Le statut du malade mental est bouleversé face à une situation sociale et économique en pleine mutation.

La position du psychiâtre, fonction le plus souvent de sa position dans le cadre social de son exercice, se détermine par le choix de la nature des faits sur lesquels il pense pouvoir intervenir.

- Tantôt il postule le primat d'un nombre fini et faible de réactions du système nerveux sur lesquels il peut intervenir matériellement et sans avoir à se soucier du cadre social.

- Tantôt il place la pathologie au niveau de l'organisation très élémentaire du sujet, non pas tant avec le monde qu'entre un ou au maximum deux interlocuteurs. Il pense donc pouvoir intervenir dans un cadre de relations dites psychothérapiques soit duelle, soit au maximum avec un groupe très limité.

- Plus authentique et efficace parait l'attitude qui consiste à considérer outre les réactions du système nerveux et l'arrangement basal des relations, la situation du sujet dans sa culture et à user de moyens d'approche simultanés sur ces divers plans.

BIBLIOGRAPHIE

BALLANDIER G. - Structure traditionnelle et changements économiques.
Cahier d'Etude Africaine - Tome I - 1960.

BASTIDE R. - Sociologie des Maladies Mentales.
Flammarion, 1965.

BENEDICT R. - Echantillon de Civilisation.
Gallimard, 1950.

BRISSET CH. - Anthropologie Culturelle et Psychiatrie.
E.M.C., 1960.

CANGUILHEM C. - Le normal et le pathologique.
P.U.F., 1966.

COLLOMB H. - Acculturation et Maladie Mentale.
IVème Journée Mondiale de DAKAR.
Médecine d'Afrique Noire, 1965.

COLLOMB H. - L'Avenir de la Psychiatrie en Afrique.
Psychopathologie Africaine Vol. 9, n° 3, 1973.

COLLOMB H. - Les bouffées délirantes en psychiatrie africaine.
Psychopathologie Africaine Tome I, 1965.

CONSTANT J. - Les bouffées délirantes en Guadeloupe.
Thèse 1969.

COOPER D. - Psychiatrie et Antipsychiatrie.
Le Seuil, 1970.

CORNEVIM M. - Histoire de l'Afrique Contemporaine.
Payot, 1972.

DEVREUX G. - Essai d'Ethnopsychiatrie Générale.
Gallimard, 1970.

DEVREUX G. - Ethnopsychiatrie Complémentariste.
Flammarion, 1972.

DUMONT R. - L'Afrique Noire est mal partie.
Seuil, 1966.

ELLENBERGER - Ethnopsychiatrie.
E.M.C., 1965.

EY. H. - Bouffées délirantes aigues et psychoses hallucinatoires.
Etudes Psychiatriques - Tome III, n° B 23.
Desclée de Brower - Editions Paris.

ERIKSON E.H. - Enfance et Société.
Del et Niesle, 1966.

FOLLIM S. - Les états oniroïde (essai de psychopathologie et phénomélogie clinique)
Rapport au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, 1963.

FOUCAULT M. - Histoire de la folie à l'âge classique.
10/18 - 1961.

FREUD S. - Totem et Tabou
Payot, 1923.

FREUD S. - Malaise dans la Civilisation.
Payot, 1934.

FROMM. - Société Aliénée et Société Saine.
Le Courrier du Livre, 1967.

GIBBAL J.M. - Citadin et Villageois dans la ville Africaine : l'exemple d'Abidjan.
Presses Universitaires de Grenoble.
François Haspero, 1974.

HERROVITS M. - Les bases de l'anthropologie culturelle.
Payot, 1967.

KARDINER A. - L'individu dans la Société.
Gallimard, 1970.

LAING R.D. - La politique de l'expérience.
Stock, 1970.

LAPASSADE G. - L'entrée dans la vie.
Editions de minuit - 1963.

LAPLANTINE F. - L'ethnopsychiatrie.
Editions Universitaires, 1973.

LEGRAIN - Du délire chez les dégénérés.
Thèse, 1886.

LEVI-STRAUSS C. - Les structures élémentaires de la parenté.
P.U.F., 1949.

LEVI-STRAUSS C. - Tristes tropiques
Plon, 1955.

LEVI-STRAUSS C. - Anthropologie Structurale.
Plon, 1958.

LEVI-STRAUSS C. - La pensée sauvage.
Plon, 1962.

LEIRIS M. - Cinq études d'ethnologie.
Editions Gonthier, 1969.

LEVI-BRUHL L. - L'ame primitive.
P.U.F. 1963.

LINTON R. - De l'homme
Editions de Minuit, 1968.

LINTON R. - Les fondements culturels de la personnalité.
Dunod, 1968.

MAGNAN - Leçon clinique.
2 Octobre 1893 (2ème leçon).

MALINOWSKI - Trois essais sur la vie sociale des primitifs.
Payot, 1968.

MALINOWSKI - La sexualité et sa répression dans les sociétés primitives.
Payot, 1969.

MANDONI M. - Le psychiatre, son fou, et la psychanalyse.
Seuil, 1970.

MARQUET J. - Les civilisations noires.
Marabout. Université, 1966.

MAUSS M. - Sociologie et anthropologie.
P.U.F., 1960.

MEAD M. - Moeurs et sexualité en Océanie.
Plon, 1963.

MEAD M. - L'anthropologie comme science humaine.
Payot, 1971.

OPLER M.K. - Culture et santé mentale.
Macmillan, 1959.

ORTIGUES M.C. et E - L'Oedipe Africain.
Plon, 1968.

ORTIGUES M.C., MARTINO, COLLOMB H. - L'utilisation des données culturelles dans 1 cas de bouffée délirante.
Psychopathologie Africaine - Tome 3 - 1967.

ROHEIM G. - Psychanalyse et Anthropologie.
Gallimard, 1950.

ROHEIM G. - Héros phalliques et symbôles maternels dans la mythologie australienne.
Gallimard, 1970.

ROHEIM G. - Origine et fonction de la culture.
Gallimard, 1972.

ROUBLEF I. et PERRIER F. - A propos de "Les voies nouvelles de la psychanalyse".
Evolution psychiatrique.
Avril-Juin 1952, Fascicule 2.

ROUGERIE G. - La Côte d'Ivoire.
P.U.F., 1972.

VALABREGA J.P. - L'anthropologie psychanalytique.
P.U.F., 1957.

VU : LE PRESIDENT DE THESE

M. CAMBIER

VU : LE DOYEN DE LA FACULTE
XAVIER BICHAT

Monsieur le Professeur BAUMANN

VU et Permis d'Imprimer

Le Président de l'Université PARIS VII

Signé : M. ALLIOT